



LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI FARMASI MUHAMMADIYAH CIREBON

SK. KEMENRISTEK DIKTI RI NO. 564/KPT/I/2017
Jl. Cideng Indah No. 03 Telp/Fax. (0231) 230984 Cirebon 45153
website : www.stfmuhammadiyahcirebon.ac.id

SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Popi Ropiah
Tempat, Tanggal Lahir : Kuningan 05 Juli 1976
Alamat Asal : Des. Panahman, Rt 006/003
No Telpn/ HP : 081324779826

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : SARI CHOE RUNNISA
NIM : 1212036

Dengan ini menyatakan bahwa Saya selaku orang tua/wali menyetujui mahasiswa tersebut untuk mengikuti KKN STF Muhammadiyah Cirebon tahun 2024 dengan Skema *(lingkari nomor skema yang dipilih) :

1. KKN STFMC (reguler)
2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

KUNINGAN, 26 MEI 2024

Orang Tua/Wali

Popi Ropiah

Tulis Nama Lengkap