



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 : SANADI.....
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 09 September 1982.....
Alamat Asal : Desa Bangarwangunan Blok Seda gang persada 15.....
RT / RW 09 / 01.....
No Telp/ HP : 081 313 331 606.....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : WIDIA NINGSIH.....
NIM : 1211090.....

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.

Cirebon 20 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Tulis Nama Lengkap