



**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 : DASTIR
Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu, 20-02-1976
Alamat Asal : Jl. Deso Brondong, Kec. Parekan Kab. Indramayu
No Telpn/ HP : 081 223 825 370

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : RITA
NIM : 12121035

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

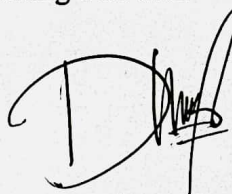
(reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Indramayu, 14 Mei 2024.

Orang Tua/Wali


Dastir

Tulis Nama Lengkap