



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 : LATIFAH  
Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON, 22 - DESEMBER - 1982  
Alamat Asal : DUSUN SUMYAH RT 008 / RW : 002 DESA CUPUKAH  
KEC-SUKAMAH KAB-CIREBON  
No Telpn/ HP : 087 324 215 843

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : ZAHRA AMUNG ZULFAH SAMUD  
NIM : 132119

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, 15 - 05 - 2024,

Orang Tua/Wali

  
LATIFAH

Tulis Nama Lengkap