



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 : Sahina mutiara Sani
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 29 Desember 2002
Alamat Asal : Moh. Toha 99. melati v no. 99
No Telpn/ HP : 088222923167 (Sahina) 081324440556 (mami)

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Sahina mutiara Sani
NIM : 12121050

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.

Orang Tua/Wali

NUR AIXI

Tulis Nama Lengkap