



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 : Fajar Sugarto

Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 28 Maret 1983

Alamat Asal : Jl. Sumber Kestari 3 No. 101, Rto. 04  
Rw. 04, Kel. Tukumadal, Sumber Cirebon

No Telpn/ HP : 085220822469

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Fauzan Agry Alfara

NIM : 12121026

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, 8 Juni 2024

Orang Tua/Wali

Fajar S

Tulis Nama Lengkap