



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.stfinuhammadiyahcirebon.ac.id

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : TALA  
Tempat, Tanggal Lahir : INDRAMAYU - 3 SEPTEMBER 72  
Alamat Asal : PEKAMPANGAN INDRAMAYU  
No Telp/ HP : .....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : HANDA LILAN HADISTY  
NIM : 12121046

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 STPMC (reguler)
2. KKN MAS (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon 15 MEI 24

Orang Tua/Wali

Tulis Nama Lengkap