



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 : Edi Sarkadi.....  
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 31 Desember.....  
Alamat Asal : Jawa Barat, Palimanan Timur Blok makam  
Jati no. 17 RT 015 RW 05 Kab. Cirebon.....  
No Telpon/ HP : 081324999555.....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Ade Jafri Luthfiyah.....  
NIM : 12121087.....

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

(regular)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon, 29 Mei 2024.....

Orang Tua/Wali

  
EDI SARAKADI

Tulis Nama Lengkap