



**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 : Jalaludin Hikam Yusuf Tasilah
Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu, 20 September 2001 2705-1971
Alamat Asal : Des. Babakan Jaya, hlm. Babakan dan yanyang, RT/Rw. 07/02,
Kec. Galiswara, Indramayu
No Telpn/ HP : 0853 1400 6424

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Jalaludin Hikam
NIM : 12121069

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

AMRULLAH YUSUF TASILAH

Tulis Nama Lengkap