



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 : ACHMAD MAKSUDI
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 01 - Agustus - 1976
Alamat Asal : DESA KALISAPU BLOK JATI LOR RT 02 RW 01
KEC. GUNUNG JATI KAB. CIREBON
No Telpon/ HP : 081 324662009

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : UMI PATCHIYATUL WAHIDAH
NIM : 12121018

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, 15 - MEI - 2024

Orang Tua/Wali


Achmad Maksudi

Tulis Nama Lengkap