



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 : Sugatma
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon 1 Februari
Alamat Asal : Blok budhaya RT/RW 003/001
Ds. Marjanegara kec Gunung Jati
No Telpn/ HP : 085723993533


adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : AYIP SUNATI
NIM : 12121056

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


Tulis Nama Lengkap