



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.stfmuhmmadiyahcirebon.ac.id

SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ratayu Agustina
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 23 Agustus 1982
Alamat Asal : Jl. Kaliyoga Karanganom RT 07 RW 08
No Telpon/ HP : 082214770270

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Wuna Imodhani
NIM : 12121118

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

Ratayu Agustina

Tulis Nama Lengkap