



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 : Saman
Tempat, Tanggal Lahir : Kuningan, 21-09-1958
Alamat Asal : Ds. Benda, kel. Luragung, Kuningan
Jawa Barat, Indonesia.
No Telpon/ HP : 085156024164.

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Ade Tarsudin
NIM : 12121026

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.

Kuningan
Minggu 2 Juni 2024

Orang Tua/Wali

SAMAN

Tulis Nama Lengkap