



**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

note: \*jadwal dapat berubah

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : DELAP MUGIANTO  
Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON, 13 MARET 1974  
Alamat Asal : DESA BUNUT BLOK KR. ANYAR RT/RW 02/02  
KEC. BINUNG SATI KAB. CIREBON No Telp/ HP  
: 081311270227

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : IRA DWI APRILIYANTI MUGIANTO PUTRI  
NIM : 12121025

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 STFCMC (reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

CIREBON, 19 Mei 2024

Orang Tua/Wali

DELAP MUGIANTO

Tulis Nama Lengkap