



**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 : SUJANA
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 9 September 1962
Alamat Asal : Blok Kilayu RT 002 / RW 001 Desa Serang
Kecamatan Klangenan Kabupaten Cirebon
No Telpon/ HP : 081 395 449619

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : DWI LINTANG SARI
NIM : 12121109

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) :

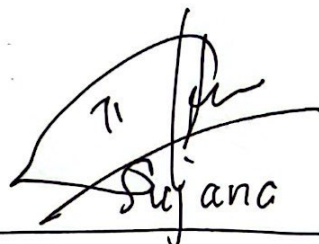
1. KKN STFMC (reguler)

② KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon, 29 Mei 2024

Orang Tua/Wali


Sujana

Tulis Nama Lengkap