



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 : Agung Seniman
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 20 Oktober 1973
Alamat Asal : Jl. Kesambi Dalam GG. Lapangan Bola III No. 145,
Rt 003/ Rw 004, Kel. Drajat, Kec. Kesambi Kota Cirebon
No Telpn/ HP : 085314660036

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Shanila Afifah Nur Fidah
NIM : 12121051

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, 26 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Agung Seniman

Tulis Nama Lengkap