



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 : Hidup Lestari
Tempat, Tanggal Lahir : InDRAMAYU, 4 September 1977
Alamat Asal : ds. Lurawera blok. prapatan Rt/Rw 005/002
Kec. Kertasasraya Kab InDRAMAYU
No Telpn/ HP : 083192211671

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Eisa Safitri
NIM : 1221097

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.

InDRAMAYU, 5 Juni 2024

Orang Tua/Wali

Hidup Lestari

Hidup Lestari

Tulis Nama Lengkap