



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 : Nana Suryana
Tempat, Tanggal Lahir : kota Cirebon, 21 Agustus 1972
Alamat Asal : Jl. Gunung Agung Raya I no.44, RT.01, RW.08,
kecamatan Harjamukti, kelurahan Larangan, kota Cirebon
No Telpon/ HP : 08112136777

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Aurelia Jasmine
NIM : 12121019

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

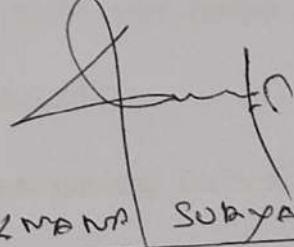
(reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon, 16 Mei 2024

Orang Tua/Wali


L M A N A S U R Y A N A >

Tulis Nama Lengkap