



**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](http://www.stfmuhammadiyahcirebon.ac.id)**

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SALIM  
Tempat, Tanggal Lahir : INDRAMAYU, 08 AGUSTUS 1982  
Alamat Asal : Des. DRUNTEKULON RT 08 RW 02  
Kec. BABUSWETAN - INDRAMAYU  
No Telpon/ HP : 0812 8209 9825

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : INTAN AYU SEPTIANI  
NIM : 12121024

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.

.....  
Orang Tua/Wali

( SALIM )

Tulis Nama Lengkap