



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 : HERAWATI.....
Tempat, Tanggal Lahir : Subang 29-01-1972.....
Alamat Asal : KP. MAJASARI RT/RW 003/003 Kamarung,...
Kec. Pagaden Kab. Subang.....
No Telp/ HP : 0821 4166 9378.....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

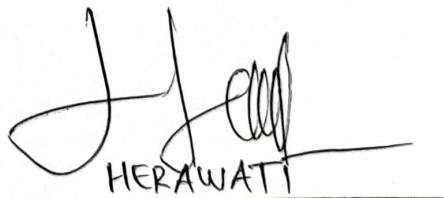
Nama : Sandra Lingga.....
NIM : 12121020.....

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



HERAWATI

Tulis Nama Lengkap