



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

note: \*jadwal dapat berubah

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : BUNAI  
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 08 November 1978.  
Alamat Asal : Jl. Cideng Jaya Blok Sidiqi Rt/Rw: 16/04  
Desa Kertawinangun Kabupaten Cirebon. No Telp/ HP  
: 0831 2039 5904

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : NUR IFA SAFITRI  
NIM : 12121011

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 STFCM (reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

Cirebon 15 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Tulis Nama Lengkap