



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 : Rahayu Agustina
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 23 Agustus 1982
Alamat Asal : Jl. Kalijaga Karangahom Rt 07 Rw 08
No Telpn/ HP : 082214770270

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Viona Imaditani
NIM : 12121118

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, 15 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Rahayu Agustina

Tulis Nama Lengkap