



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 : MOCH. May Nur Drayat
Tempat, Tanggal Lahir : Brebes 2 Mei 1976
Alamat Asal : Jl. Pangiran Diponegoro No. 13
Pesantunan Wonosari Brebes Jawa Tengah
No Telp/ HP : 081902155576

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Sascia Eluaretha Zahra
NIM : 12121037

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.

Jumat, 7 Juni 2024

Orang Tua/Wali

Moch. May Nur Drayat

Tulis Nama Lengkap