



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 : EPU PUWINA
Tempat, Tanggal Lahir : Majalengka,
Alamat Asal : Desa Jerukluwet, kec. Sindangwangi
Kab. Majalengka
No Telpn/ HP : 0823 1111659

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Dita Winaja Rachmadini
NIM : 12121108

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.

Majalengka 1 Juni 2024

Orang Tua/Wali

EPU PUWINA

Tulis Nama Lengkap