



**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 : MOCHAMAD ACHYAR KUSNAWIJOAJA

Tempat, Tanggal Lahir : MAGALENGKA, 29 NOVEMBER 1972

Alamat Asal : BLOK WAGE RT 02 RW 04 DESA/KECAMATAN SINDANGWAONGI KABUPATEN MAGALENGKA

No Telpon/ HP : 0895320385246

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : GHESANI NUR SHORINA

NIM : 12121062

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, 29 mei 2024

Orang Tua/Wali

MOCHAMAD ACHYAR KUSNAWIJOAJA

Tulis Nama Lengkap