



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 : Siti Muhafilah
Tempat, Tanggal Lahir : Kuningan, 30 Mei 1994
Alamat Asal : Dusun Mangunpaya Rt/Rw 001/001
Ds. Singkap, Kel. Pasawahan, Kab. Kuningan
No Telpn/ HP : 0877-2437-7003

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Siti Azzahra Nurul Fari
NIM : 12121052

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, 27 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Siti Muhafilah

Tulis Nama Lengkap