



**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 : MURANI.....
Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON, 11 JANUARI 1976.....
Alamat Asal : Jl. Ksara RT.01 RW.01 Desa Kedungsana
Kecamatan Plumbon Kabupaten Cirebon.....
No Telpn/ HP : 085324000476.....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : YORA AZIZAH.....
NIM : 12121014.....

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

MURANI

Tulis Nama Lengkap