



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 : Eva Farida R S.E
Tempat, Tanggal Lahir : Kunungan
Alamat Asal : Griya Taman Suci Blok C1 Nomor 12 Kecamatan
Mauab, Kab. Cirebon
No Telpn/ HP : 085326061051

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Hagia Sophia
NIM : 12121121

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.

.....
Orang Tua/Wali

Eva Farida R, SE

Tulis Nama Lengkap