



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 : DAIRIN

Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu ,

Alamat Asal : Indramayu 08-07-1976

No Telpn/ HP : 0823 - 2181 - 7711

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Irfan Alfarizi

NIM : 1712040

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.

..... 11 Juni 2024 .....

Orang Tua/Wali

  
Dairin

Tulis Nama Lengkap