



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 :

SALIM

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir : *INDRAMAYU, 08 AGUSTUS 1982*

Alamat Asal : *Dr. DRUN TEN KULON RT 08 RW 02*
..... *Kec. BABUSWEIDAN - INDRAMAYU*

No Telpon/ HP : *0812 8209 9825*

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : *INTAN HYU SEPTIANI*

NIM : *12121024*

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

H/Mu/uu/

(SALIM)

Tulis Nama Lengkap