



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 : TINA MELINDA
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon , 04 April 1974
Alamat Asal : Jl. Taman Sari , Desa Dampyong Wetan . Blok II
kec. Etabang , kab. Cirebon
No Telpon/ HP : 083120948275

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : PUTRI RAHMADINA ISNANIA MELINDA YUSUF
NIM : 12121100

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 4 Juni 2024

Orang Tua/Wali

TINA MELINDA

Tulis Nama Lengkap