



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 : TAJUL WAFA

Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu, 13 April 1977

Alamat Asal : DS. Sumberjaya, Kec. Kroya Kab. Indramayu

No Telpon/ HP : 0831 - 8032 - 0286

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : FAIRUYAH

NIM : 1721030

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.

Indramayu, 12 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Tajul Wafa

Tulis Nama Lengkap