



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.stfmuhmmadiyahcirebon.ac.id

SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Masturoh
Tempat, Tanggal Lahir : Brebes, 09 - Mei - 1980
Alamat Asal : Desa Kalibuntu Kec. Losar Kab. Brebes
Rt. 02 Rw. 09
No Telp/ HP : 0857-2311-0716

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Denmas Feo Bimantara
NIM : 12121063

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.

26 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Masturoh

Tulis Nama Lengkap