



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 : DEDI KUSMADI, S.Pd
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 8 Mei 1960
Alamat Asal : RT. 02 / RW. 04. Desa Kaleko
Kec. Kedawung Kab. Cirebon
No Telpon/ HP : 0813 2004 9004

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Rita Devriyanti
NIM : 12121094

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

DEDI KUSMADI, S.Pd

Tulis Nama Lengkap