



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

ARMADI S.Pd

Tempat, Tanggal Lahir

CIREBON, 12 JULI 1970

Alamat Asal

DESA / KEC : JAMBLANG BLOK : TEGALAN
RT / RW : 026 / 008 KAB : CIREBON

No Telpn/ HP

0821-2106-2149

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama

MUHAMAD RIZKY

NIM

12121064

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, 11 JUNI 2024

Orang Tua/Wali

(ARMADI S.Pd)

Tulis Nama Lengkap