



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 : LATIFAH
Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON, 27 - DESEMBER - 1982
Alamat Asal : DUSUN SUMYAH RT 008 / RW : 002 DESA Rupukarit
KEC. RUPUKARIT KAB. CIREBON
No Telpon/ HP : 0878 329 215843

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : ZAHRA AHMAD ZULFAH SAMIYA
NIM : 123456789

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, 15 - 05 - 2024,

Orang Tua/Wali


LATIFAH

Tulis Nama Lengkap