



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 : IRWANTO
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 08 - 08 - 1978
Alamat Asal : Dusun II, blok tanjung RT/RW 007/009, Desa. Cemuan, Kec. Palimanan, Kabupaten Cirebon
No Telp/ HP : 08231049226

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Ira Puri Hanayani
NIM : 12121125

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 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Tulis Nama Lengkap
(IRWANTO)