



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 : Delta Fitriani Feyli
Tempat, Tanggal Lahir : Majalengka, 9 Desember 2002
Alamat Asal : Jl. Juralno GG Balpagas No 35 Kec. Pajajaran
Kab. Cirebon Kota Cirebon
No Telp/ HP : 0818 72942693

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Delta Fitriani Feyli
NIM : 12121029

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 STPMC (reguler)
2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

.....
Orang Tua/Wali

Delta Fitriani Feyli

Tulis Nama Lengkap