



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/kw. 007/009 Desa Cempuan
Kec. Palimanan Kabupaten Cirebon.....
No Telpn/ HP : 08231049226.....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Ira Puri Handayani.....
NIM : 2121125.....

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)