



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 : HERAWATI
Tempat, Tanggal Lahir : Subang 29-01-1972
Alamat Asal : KP. MAJASARI RT/RW 003/003 Kamarung
Kec. Pagaden Kab. Subang
No Telpn/ HP : 0821 4166 9378

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Sandra Lingga
NIM : 12121020

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.

.....
Orang Tua/Wali


HERAWATI

Tulis Nama Lengkap