



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 : Nurlaelly
Tempat, Tanggal Lahir : Subang, 05 November 1992
Alamat Asal : Jl. KH. Nuradi Rt 04 / R.W 01
Desa Kediri, kec. Binong, kab. Subang
No Telpn/ HP : 085 317 514 466

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Aulia Putri Andini
NIM : 12121028

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.

senin, 13 Mei 2024

Orang Tua/Wali

NURLAELY

Tulis Nama Lengkap