



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 : SAHRONI
Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON, 11 NOVEMBER 1972
Alamat Asal : Blok Utara Rt 02 / Rw 05 Ds. DAUWAN
KEC. TENGAHTANI KAB. CIREBON
No Telpon/ HP : 0853 5353 3447

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : GHANLY AHADI
NIM : 12121017

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, 14-06-2024

Orang Tua/Wali


SAHRONI

Tulis Nama Lengkap