



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 : Sugatma
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, Februari
Alamat Asal : Blok budhara RT/RW 003/001
No Telpon/ HP : 085723993535

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : AYIP SUNAJI
NIM : 12121056

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) :

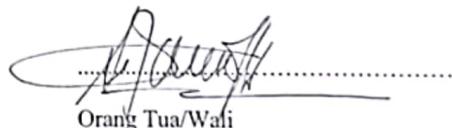
1. KKN ✓

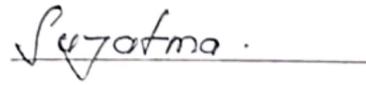
STFMC

(reguler)

2. KKN MAS (nasional) ✓

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.


Orang Tua/Wali


Tulis Nama Lengkap