



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 : Dairin

Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu, 16 Desember 1976

Alamat Asal : Jl. Gebang mampang Desa mangamulya Rt/Rw  
014/004

No Telpon/ HP : .....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Irfan Alfari

NIM : 122040

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 28 Juli 2024

Orang Tua/Wali

Dairin

Tulis Nama Lengkap