



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 : MOCHAMAD ACHJAR KUSNAWIDJAJA  
Tempat, Tanggal Lahir : MAJALENGKA , 29 NOVEMBER 1972  
Alamat Asal : BLOK WNGE RT 02 RW 04 DESA/KECAMATAN  
SINDANGWAQGI KABUPATEN MAJALENGKA  
No Telpn/ HP : 0895320385246

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : GHESANI NUR SHAORINA  
NIM : 12121062

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.

Majalengka 29 Mei 2024

Orang Tua/Wali

MOCHAMAD ACHJAR KUSNAWIDJAJA

Tulis Nama Lengkap