



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

: *Adi Yanto*

Tempat, Tanggal Lahir

: *Cirebon, 12 Maret 1979*

Alamat Asal

: *Dusun 2. RT 001 RW 003*

No Telpon/ HP

: *Kanci Kulon, Astana Japura, Cirebon*
085220285036

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama

: *REZA AUPRIANA*

NIM

: *12121079*

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, 15 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Adi Yanto
Tulis Nama Lengkap