



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 : MUNAWAROH

Tempat, Tanggal Lahir : Wanasari, 09 Maret 1986

Alamat Asal : Wanasari

No Telpn/ HP : 081996695058

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : NABILAH AZ ZAHRA

NIM : 121 21049

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.

Wanasari, 26 Mei 2024

Orang Tua/Wali

MUNAWAROH

Tulis Nama Lengkap