



**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](http://www.stfmuhammadiyahcirebon.ac.id)

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : BURHANUDIN  
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 05 Mei 1976  
Alamat Asal : Blok BTN E.1 NO.7B. Desa Karang suwung  
Kec. Karang Sembung Kab. Cirebon.  
No Telpn/ HP : 081809111588

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Luthfiah Khairunnisa  
NIM : 12121001

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, 19 Mei 2024

Orang Tua/Wali

  
Burhanudin

Tulis Nama Lengkap