



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 : Abdul Majid
Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu, 28 April 1969
Alamat Asal : Jl. Raya Panyingkiran Kidul Blok H. Ustam Rt/Rw
12/04, Kec. Cantigi Kab-Indramayu
No Telpn/ HP : 0878 2478 6171

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Indah Fitriani
NIM : 12121085

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.

Indramayu, 24 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Abdul Majid

Tulis Nama Lengkap