



**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 : TAJUL WAFI

Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu, 13 April 2019

Alamat Asal : Des. Sumberjaya, kec. Kroya kab. Indramayu

No Telp/ HP : 0831 - 8032 - 0286

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : FAUZYAH

NIM : 1211030

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 12 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Tajul Wafi

Tulis Nama Lengkap