



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 : Rus. Amir.....
Tempat, Tanggal Lahir : Indramayu , 24 - 11 - 1980.....
Alamat Asal : Jl. Yos. Sudarso Blok Kalantau no. 41A
RT/RW 003/005.....
No Telpon/ HP : 082121058819.....

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Dianira.....
NIM : 1212427.....

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 , 10 - 07 - 2024

Orang Tua/Wali

Rus. Amir

Tulis Nama Lengkap