



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 : Ijah

Tempat, Tanggal Lahir : Majalengka, 17 Januari 1968

Alamat Asal : Blot lawe RT/RW 007/003, Desa Rawa Kec. Cigugur, Kab. Majalengka

No Telpon/ HP : 087 723 356 472

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Andrea Azhari

NIM : 12125075

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.

Majalengka, 26 Mei 2024

Orang Tua/Wali

Tulis Nama Lengkap

Ijah