



**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 : SHAHROJI, SE

Tempat, Tanggal Lahir : BEKASI, 16 MARET 1974

Alamat Asal : Jl. Matahari No.83 Kel. Wanasari Kec. Cibitung Kab. Bekasi

No Telpon/ HP : 081389967774

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : Maisya Mauliana Insani Alifa Putri

NIM : 12121123

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.

Bekasi, 15 Mei 2024

Orang Tua/Wali

SHAHROJI, SE

Tulis Nama Lengkap