



**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.stfinuhammadiyahcirebon.ac.id](http://www.stfinuhammadiyahcirebon.ac.id)

note: \*jadwal dapat berubah

**SURAT PERSETUJUAN ORANG TUA/WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SUTADI

Tempat, Tanggal Lahir : CIREBON, 10 OKTOBER 1975

Alamat Asal : DESA BUAYUT Blok SIDINGLIK RT/RW

0021010 KEC. GUNUNG JATI KAB. CIREBON.. No Telp/ HP  
: 082 317 731 575

adalah Orang Tua/Wali dari mahasiswa di bawah ini :

Nama : MELINA

NIM : 1221010

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 STFC (reguler)

2. KKN MAs (nasional)

Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh.

CIREBON 10 MEI 2024

Orang Tua/Wali

  
SUTADI

Tulis Nama Lengkap