

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____

			4							B		D		8	3
							2		6		D	E	B	1	
										0					
						F			9						
1	D														
													7	D	
6	A							7	4	D	B				E
	3	8	0		6				E					5	
	5				2			F						E	
F		A								1				C	2
					C				8						B
			2		1									A	
		3							7	E	C				
					8	6	E			9					
	B	F		2							8			3	
												F			D



			5			2				3		7			E
												3	6		C
7			B	9					2			1			
			E								D			4	
				A											
	2					4	C					D			
				5		D				2	1				7
								7					5	9	6
	E	8				1			5					A	
5			D			8			9			0			
	3				9		F			4					
	9						3		B		E	5			D
				1				B					F		
									6						
				F	D	6									4
2	7					0									



