

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____

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



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



