

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



4	1		7		3			
	3	2			8			
		7	6	9		3		
		3				9		
			8			2		
					2			
7								
			1		7			

		6				3	8	
2			1			6		
			2				1	
	7	1						
								8
6			4					
4			7		9			
	5			2			7	



5								
7		9						4
		2			8		7	
						2		
		1		5		7		8
	7						6	
8	5							
				4				
		4	3					

	2		7	5	3			
						3	4	
3	6	2	4		1		5	
			9					
							3	7
		1						
	4			8		6		



