

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



