

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



