

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

					2		4	
		1						
5								1
			2		7			
					1			
1	2				8	4	7	
		5						
	1			8		7	5	2



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

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



