

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



