

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



