

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



