

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



