

विशेषज्ञ

नाम: _____

दिनांक: _____



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

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



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

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



