

Name:

Please fill in the missing strokes.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 天 | 土 | 亡 | 昔 | 宀 | 宀 | 泄 | 廿 | 冂 | 月 | 盈 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 尸 | 辰 | 宀 | 歹 | 引 |
|---|---|---|---|---|