



Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Please draw a diagonal line in

<input type="checkbox"/>	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×	○	×	×	<input type="checkbox"/>	×
△	×	△	×	×	×	×	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○	△	○	×	×	×	△	<input type="checkbox"/>	×	×
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×	△	×	×	×	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○	○	○	△	<input type="checkbox"/>	△	△
△	○	<input type="checkbox"/>	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	△
○	△	<input type="checkbox"/>	△	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×	×	△
○	×	○	×	<input type="checkbox"/>	○	×	○	○	<input type="checkbox"/>
△	△	<input type="checkbox"/>	○	○	△	△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
△	<input type="checkbox"/>	×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○	△	<input type="checkbox"/>	○	×