

山口海物語認定基準

品目名：みりん干し

次の要件を満たす「みりん干し」のうち、下記の基準を満たすものを「山口海物語」製品として認定する。

① 主な原材料の原産地が山口県産100%であるもの

また、①の要件を満たしかつ山口県水産加工展審査会の山口県知事賞以上に相当するものを「山口海物語プレミアム」として認定する。

※ 主な原材料とは、原材料の上位3位以内でかつ、全重量の5%以上を占める生鮮食品及び加工度の低い加工食品

記

1 品質基準

(1) 使用原料

主な原材料が厳選された魚介類であること。

(2) 色沢

良好であること。

(3) 香味

良好であること。

(4) 食感

良好であること。

(5) きょう雑物

ほとんどないこと。

(6) かび

ないこと。

(7) 異物

混入していないこと。

(8) 内容量

表示重量に適合していること。

(9) 食品添加物

食品衛生法施行規則別表第1に掲げるもので、別紙1に掲げる以外のものに限り必要最小限の使用とすること。

(10) 容器の状態

資材及び方法が当該食品の品質及び用途を満足させるに足るものであること。

2 表示基準

(1) 表示事項

次の事項を表示してあること。

ア 名称

イ 原材料名（原料原産地名、添加物及びアレルギーに係る事項を含む。）

ウ 内容量

エ 賞味期限（消費期限）

オ 保存方法

カ 製造業者等の氏名又は名称及び住所

キ 栄養成分の量及び熱量（栄養成分表示）

(2) 表示方法

関係法令に基づき、適正に表示されていること。

(3) 食品表示責任者

山口県食の安心・安全条例に基づく食品表示責任者を設置していること。

3 衛生基準

(1) 管理運営

施設ごとに、食品衛生に関する責任者（食品衛生責任者）を設置していること。

(2) 衛生検査

飲食に供する際に加熱を要しないもの（製造の最終工程（容器の包装前又は包装後）に加熱処理された製品を除く。）については、腸炎ビブリオ最確数 100/g 以下（アルカリペプトン水、TCBS寒天培地法）であること。

使用を禁止する食品添加物

食品添加物名	用途名
食用赤色2号及びそのアルミニウムレーキ	着色料
食用赤色3号及びそのアルミニウムレーキ	着色料
食用赤色40号及びそのアルミニウムレーキ	着色料
食用赤色104号	着色料
食用赤色105号	着色料
食用黄色4号及びそのアルミニウムレーキ	着色料
食用黄色5号及びそのアルミニウムレーキ	着色料
デヒドロ酢酸ナトリウム	保存料
パラオキシ安息香酸イソブチル	保存料
パラオキシ安息香酸ブチル	保存料
EDTA二ナトリウム	酸化防止剤
ノルジヒドログアヤレチック酸(NDGA)	酸化防止剤
過酸化ベンゾイル	小麦粉処理剤
臭素酸カリウム	品質改良剤
オルトフェニルフェノール(OPP)	防かび剤
オルトフェニルフェノールナトリウム	防かび剤
チアベンタゾール(TAZ)	防かび剤

チェックリスト

品目名：みりん干し 製品名 _____ 製造業者名 _____

1 次に該当する場合は番号に○を付け、空欄を埋めてください。

(1) 主な原材料の原産地が山口県産100%であるもの

原材料名 _____

原料原産地 _____

2 次の事項に該当する場合は、番号に○を付けてください。

(すべての番号に○が付く必要があります。)

(1) 使用原料 主原料が厳選された魚介類であること。

(2) 色沢 良好であること。

(3) 香味 良好であること。

(4) 食感 良好であること。

(5) きょう雑物 ほとんどないこと。

(6) かび ないこと。

(7) 異物 混入していないこと。

(8) 内容量 表示重量に適合していること。

(9) 食品添加物

食品衛生法施行規則別表第1に掲げるもので、認定基準別紙1に掲げる以外のものに限り必要最小限の使用とすること。

(10) 容器の状態

資材及び方法が当該食品の品質及び用途を満足させるに足るものであること。

3 次の事項が製品に表示されている場合は、番号に○を付けてください。

(すべての番号に○が付く必要があります。)

(1) 名称

(2) 原材料名 (原料原産地名、添加物及びアレルギーに係る事項を含む。)

(3) 内容量

(4) 賞味期限(消費期限)

(5) 保存方法

(6) 製造業者等の氏名又は名称及び住所

(7) 栄養成分の量及び熱量 (栄養成分表示)

4 山口県食の安心・安全推進条例に基づく食品表示責任者の氏名を記入してください。

・氏名 (_____) 食品表示講習会受講日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・氏名 (_____) 食品表示講習会受講日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5 製造施設毎に、設置する食品衛生責任者の氏名 (生年月日) を記入してください。

・ _____ 工場(_____ 市・町 _____) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

・ _____ 工場(_____ 市・町 _____) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

6 腸炎ビブリオ検査 (アルカリペプトン水、TCBS寒天培地法) の結果を記入してください。(飲食に供する際に加熱を要する製品又は製造の最終工程 (容器の包装前又は包装後) に加熱処理された製品は記入不要)

検査機関 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査結果 _____