

山口海物語認定基準

品目名：くるまえび製品

次のいずれかの要件を満たす「くるまえび製品」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。

県内原料（魚介類）を100%使用したもの

くるまえびを主原料としたもの

ただし、については、山口県水産加工展審査会の県知事賞以上に相当するものに限る。

記

1 品質基準

(1) 使用原料

主原料が厳選されたくるまえびであること。

(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
- ウ 内容量
- エ 賞味期限(品質保持期限)
- オ 保存方法
- カ 製造業者等の氏名又は名称及び住所

(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・安全推進条例(平成二十年十二月二十四日山口県条例第四十三号)第二十八条第一項の規定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。

(附則)

2(3)の基準については、平成23年11月27日から適用する。

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：くるまえば製品 製品名 _____ 製造業者名 _____

- 1 該当する番号のいずれかに を付け、空欄を埋めてください。
(1) 県内原料(魚介類)を100%使用したものを 原料原産地
(2) くるまえばを主原料としたものを _____ 年 月 _____ 賞受賞
(2)については、山口県水産加工展審査会の県知事賞以上に相当する受賞歴が必要になります。
(他の表彰制度によるものも対象になります。)
- 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くるまえばであること。
(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
(3) 原材料(魚介類)の原産地
(4) 内容量
(5) 賞味期限(品質保持期限)
(6) 保存方法
(7) 製造業者等の氏名又は名称及び住所
- 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ものは記入不要)
検査機関 _____
検査日 _____ 年 月 日
検査結果 _____